

GRACE SERAFIM CLARO

**SEXUALIDADE DA MULHER DURANTE A
GESTAÇÃO**

FLORIANÓPOLIS
1995

GRACE SERAFIM CLARO

**SEXUALIDADE DA MULHER DURANTE A
GESTAÇÃO**

**Trabalho de Conclusão do Curso de
Graduação em Medicina,
Centro de Ciências da Saúde,
Departamento de Tocoginecologia,
Universidade Federal de Santa Catarina
Orientador: Prof. Ricardo Nascimento**

**Florianópolis
1995**

A vida sexual transforma-se constantemente
ao longo de toda a evolução individual,
porém, só desaparece com a morte.

Mira y López

*Quero dedicar este trabalho à minha mãe
e a todas as pessoas que amam.*

AGRADECIMENTOS

Sinto-me feliz em agradecer pelo menos algumas das pessoas que me auxiliaram no preparo deste trabalho.

Dr. Alberto Trapani e Dr. Ricardo Nascimento, que leram partes do manuscrito e sugeriram revisões; Dr. Lúcio Botelho, que me auxiliou na parte estatística; Dr. Paulo Roberto da Cunha, Eduardo César Ferreira da Silva e, especialmente, à família Mattar Valente, por terem me auxiliado na digitação do trabalho.

SUMÁRIO

RESUMO

INTRODUÇÃO	1
REVISÃO DA LITERATURA	3
SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ - CONSIDERAÇÕES PSICOLÓGICAS	8
SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ - CONSIDERAÇÕES SÓCIOCULTURAIS	12
REAÇÕES MASCULINAS NA GRAVIDEZ	13
SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ - CONSIDERAÇÕES ORGÂNICAS	15
ACONSELHAMENTO SEXUAL NA GRAVIDEZ	18
MATERIAL E MÉTODOS	21
RESULTADOS	23
DISCUSSÃO	34
CONCLUSÕES	37
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

INTRODUÇÃO

É sabido que a gestação, embora não se caracterize como uma doença, imprime ao organismo materno várias alterações orgânicas e emocionais. O exercício da atividade sexual transcende, na espécie humana, os fatores meramente biológicos, deixando de ser um instinto que visa apenas a reprodução da espécie para se tornar uma complexa resposta biopsicosocial, dependendo da cultura na qual o indivíduo está inserido.

Após a concepção de uma criança, em especial o primeiro filho, o casal se depara com uma necessidade de ajustamento no relacionamento conjugal em geral e na vida sexual, em particular. A mãe começa a ajustar-se a esse novo papel e tenta defini-lo especificamente para si mesma. Visto que uma parcela substancial de seu interesse e energia é dirigida para esse papel, a mãe pode ter um interesse sexual muito menor, bem como o seu marido, embora, ocasionalmente, o inverso seja verdadeiro.

Nas últimas décadas se tem dado especial importância à sexualidade de todos os pontos de vista. Porém, tantas são as incertezas, tão grande o desconhecimento da fisiologia da resposta sexual e tão poderosas as forças culturais inibitórias da sexualidade da gestante, que apesar deste interesse, a literatura científica e popular não tem prestado a importância requerida ao comportamento sexual da mulher durante a gravidez. Existe na atualidade um número reduzido de publicações sobre o tema, as quais coincidem que a gravidez é um período de ajuste na mulher, assim como em seus hábitos sexuais.

O objetivo deste estudo foi avaliar as possíveis alterações no comportamento sexual da mulher, principalmente, bem como do seu parceiro, durante a gestação.

Especificamente, nosso interesse foi estudar se existem alterações no desejo sexual, na frequência de relações sexuais e na satisfação sexual da parceira. Além disso, esses parâmetros foram cruzados com diferentes variáveis biopsicosociais.

Também foi nosso objetivo constatar as diferentes causas para as possíveis alterações do comportamento sexual.

Por fim, tivemos particular interesse em observar a existência de orientação sexual adequada pela parte do médico pré-natalista à gestante.

REVISÃO DA LITERATURA

O comportamento sexual da gravidez não tem sido pesquisado em grau suficiente e de maneira ampla, para estabelecer formas de respostas aceitáveis como básicas. Numa tentativa de esclarecer esta grande lacuna do conhecimento, têm sido conduzidos estudos da resposta sexual humana, limitados a alguns pontos objetivos e subjetivos. Vários dentre eles analisam o problema com a ajuda de parâmetros quantificáveis do comportamento sexual, como desejo, frequência de relações e número de orgasmos.

Alguns destes estudos, com seus resultados, serão comentados sucintamente a seguir.

William Masters e Virgínia Johnson⁹ (1966) foram um dos primeiros a estudar as influências do ciclo grávido-puerperal sobre a sexualidade humana de maneira ampla e científica, avaliando desejo sexual, excitação e orgasmo, frequência coital e posição coital em 101 mulheres durante todos os trimestres da gravidez e no período pós-parto. Os achados sugeriram que o grau de paridade e o trimestre da gravidez exercem uma grande influência sobre o erotismo feminino. No primeiro trimestre encontraram uma diminuição do desejo e da tensão sexual e portanto da frequência coital em 76% das nulíparas, sendo que muitas dessas mulheres sentiam náuseas, todas sentiam-se sonolentas e com sintomas de fadiga crônica e além disso, mais da metade delas referiram medo de maltratar o conceito, afetando a liberdade de sua resposta física na atividade do coito. Não houveram modificações na resposta sexual no primeiro trimestre em 83% das múltiparas.

No segundo trimestre, Masters e Johnson encontraram um aumento marcante do erotismo e uma resposta sexual mais satisfatória que antes da gravidez em 80% das mulheres, independente da paridade. Embora fortemente influenciadas por restrição médica ao coito, 73% das mulheres relataram que perderam interesse pela atividade sexual durante o terceiro trimestre, sendo que uma variedade de queixas somáticas também influenciaram na diminuição da frequência coital. Entrevistadas no terceiro mês pós-parto, 47 destas 101 mulheres descreveram níveis baixos ou insignificantes de sexualidade durante o puerpério, e a razão mais frequentemente descrita para isto, era o temor pessoal de dano físico com o coito realizado após o parto.

Solberg e Cols⁷ (1973), interrogando 260 mulheres no pós-parto, acharam um declínio gradual e persistente na frequência do coito (28% no primeiro trimestre, 44% no segundo trimestre e 75% no terceiro trimestre), e a maior parte das estudadas relatou menor frequência de orgasmo durante o coito, embora uma pequena porcentagem comunicasse sistematicamente a ocorrência de um aumento. Nos dois primeiros trimestres, a maioria dos casais havia usado a posição superior masculina durante 80% do tempo, já no último trimestre, a posição lateral tornou-se a mais frequente, e a posição de penetração por trás foi usada muito mais comumente do que antes. As mulheres que comunicaram alguma alteração em seu comportamento ou experiência sexual durante a gravidez, atribuíram a responsabilidade por isso às seguintes razões: desconforto físico(40%), medo de causar danos ao conceito(27%), perda de interesse(23%), desajeitamento durante o coito(17%), recomendação do médico(8%), razões externas à gravidez(6%), perda do poder de

atração segundo suas próprias fantasias(4%), recomendação de outra pessoa que não o médico(1%) e outras razões (15%).

Os dados de Falicov¹⁰ (1973) estão em consonância com os de Solberg e Cols, verificando, além disso, que a frequência do coito e a sexualidade geral, transcorridos sete meses após o parto, ainda eram mais baixas do que os níveis pré-gestação. Como a maioria das mulheres informou que o erotismo, o desejo sexual e a capacidade de excitar-se e atingir o orgasmo haviam retornado, Falicov concluiu que a fadiga e as tensões psicológicas eram responsáveis pelo decréscimo na frequência coital.

Viggiano¹⁶ (1987), estudando as alterações de 45 mulheres do início ao fim da gestação observou diminuição global da resposta sexual no evoluir da gestação, com acentuada diminuição da frequência de coitos para a maioria das pacientes, concordando com os dados de Morris.

Vitiello e Cols¹⁶, em 1976, encontraram disfunções sexuais em 54,9% de gestantes que referiram resposta sexual normal antes da gravidez. Mais recentemente, em 1988, estudando apenas grávidas adolescentes, o percentual de disfunções encontrado foi de 57,3%.

Da mesma forma, Cerqueira e Silva⁷ estudaram o comportamento sexual em 150 mulheres grávidas, com distribuição igualitária por trimestre de gestação, mostrando um declínio da atividade, desejo e satisfação sexual, mais acentuados no terceiro trimestre; e Medvestzky e Vestier⁷ estudaram 64 mulheres no último trimestre ou puerperas de até 4 meses e meio, observando uma diminuição progressiva do interesse sexual ao longo da gravidez, evidenciado no declínio do

desejo e frequência coital, no pouco variado jogo sexual e no incremento dos transtornos sexuais.

Reamy e White⁴ (1985) e Gerson Lopes⁷ (1993), encontraram resultados semelhantes aos de Masters e Johnson, evidenciando um aumento da atividade sexual durante o segundo e diminuição durante o terceiro trimestre, bem como Tolor e DiGrazia, que ao estudar 261 mulheres grávidas, observaram que a frequência média de coitos durante a gravidez foi mais alta no segundo trimestre, porém com acentuada diminuição no último trimestre.

Fernández e Cols⁴ (1985) estudando 125 gestantes não encontraram nenhuma variação no interesse pelo sexo nos dois primeiros trimestres, porém evidenciaram uma importante diminuição do desejo e da atividade sexual no terceiro trimestre, associando esta resposta à idéias e crendices sobre a sexualidade na gravidez como dano ao feto e falta de atenção por parte do marido.

Bogren² (1991) num estudo longitudinal entre 112 casais esperando seu primeiro filho, encontrou uma diminuição no desejo sexual das mulheres, mais comumente no terceiro trimestre (75%), devido às mudanças hormonais, fisiológicas e psicológicas sofridas pela gestante. Entre os homens, a diminuição foi comum apenas no terceiro trimestre (64%) influenciada pela preocupação com o dano ao feto durante o intercurso sexual.

Barclay, McDonald e O'Loughlin¹ (1994) estudando 25 casais durante o pré-natal, encontraram um declínio substancial do interesse sexual das mulheres, que não foi similar nos seus parceiros, porém refletido numa marcante diminuição da frequência de atividade sexual. Outros achados foram que a maioria dos casais (76%) praticavam sexo oral regularmente e 12% (3) dos homens praticavam frequentemente sexo anal.

SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ - CONSIDERAÇÕES PSICOLÓGICAS

Gostaria inicialmente de descrever o que se passa na instância psíquica da mulher (e do marido), uma vez estando grávida. É natural e lógico que estas modificações sejam mais intensas na mulher.

A maternidade pode ser interpretada como uma crise psico-biológica, comparável à puberdade ou à menopausa, tanto do fato da rapidez das transformações corporais como, da mudança do status social e familiar que ela provoca. A mulher, aqui entendida no sentido de par conjugal, irá vivenciar uma série de inseguranças, angústias, questionamentos, os sentimentos das mulheres acerca da própria gravidez variam de alegria a depressão. Ao longo da gestação, uma série de fantasias estão operando, umas mais conscientes, outras, inconscientemente, e algumas delas, características de determinadas fases da gestação.

Nem sempre estas fantasias são angustiosas, podendo, muitas vezes, a gravidez ser vivenciada como uma etapa rica e natural, como um prêmio, uma expectativa da vinda do filho que tanto desejam. De início, algumas mulheres vivenciam maior sensualismo, um abrir-se para o mundo, semelhante a estarem apaixonadas. Elas comunicam que se sentem férteis, criativas e animadas. Para algumas, trata-se da afirmação última da sua feminilidade. À medida que a gravidez progride, algumas mulheres ficam entusiasmadas e satisfeitas. Preocupam-se particularmente em alimentar-se bem, dormir o bastante e cuidar bem de si mesmas em geral.

Na realidade, algumas mulheres gostam mais de sexo assim que se sabem grávidas. Segundo Marilene C. Vargas¹⁵, elas acham mais fácil entregar-se às suas sensações quando estão grávidas, porque já não há o risco de engravidar. Para essas mulheres, toda a questão da anticoncepção está associada a “conter-se”, “ter cuidado”, “lembrar-se de tomar as pílulas”, às preocupações sobre o diafragma (foi corretamente inserido?) ou se um preservativo não terá escorregado quando o homem retira o pênis. Preocupações ainda com o registro do ciclo menstrual e ter relações sexuais somente no período seguro ou, mesmo, com essa espécie de jogo do azar que é pressentir o momento em que o homem deve sair antes de ejacular. A mulher que está constantemente apreensiva sobre a possibilidade de engravidar, descobre que numa gravidez pode esquecer todas essas coisas, relaxar e sentir prazer.

Um fator importante num relacionamento, é que o casal esteja consciente do que essa união representa. É com a notícia da gravidez que, muitas vezes, o casal toma consciência das responsabilidades da vida conjugal, como as mudanças nos papéis sociais, a renúncia ao descompromisso da vida de solteiro, a recanalização de afetos e responsabilidade sexual e social para um companheiro, com o qual se compartilharão todas as decisões futuras, importantes ou não. Eles se dão conta de que instituirão de fato os laços familiares, pois tornar-se-á necessário prever a inclusão de mais um membro na sua distribuição de afeto, de espaço físico, dos bens e até da alimentação. Em todo o futuro do casal estará incluída a participação desse novo ser. Isto pode causar uma série de medos na mulher, entre

eles o de perder a individualidade e o de se sentir aprisionada num casamento que, até ali, teria sido relativamente fácil terminar.

Baggio⁷, em seu artigo “Aspectos psicanalíticos da gravidez e do parto”, relata com precisão este processo existencial, e chama a atenção porém, para a idealização da gravidez, que pode ser patológica - “Nosso filho será um salvador, que irá resgatar nossas vidas das agruras, das dificuldades e das chatices do cotidiano, instalando-nos, definitivamente, no contato com o Magnífico, o Grandioso, o Fantástico, enfim”.

A atitude positiva do companheiro em face da gravidez, interfere grandemente para a aceitação da mesma pela gestante. A atitude do parceiro de apatia, indiferença, de rejeição, causa muita insegurança, pois este desinteresse é interpretado como falta de afeto para com ela, além disso, a responsabilidade da gravidez recai totalmente sobre ela. Com certeza, isso desenvolve uma maior ou menor aversão sexual pelo companheiro.

Da mesma forma, ocorrem alterações no relacionamento afetivo e sexual nas gestantes que não desejavam a gravidez, e culpam o parceiro por ela; ou ainda, consideram-nos responsáveis pelos “estragos” feitos no seu físico.

A gestante costuma passar por um importante estado de regressão emocional. Dúvidas sobre a capacidade própria de gerar um filho perfeito, insegurança sobre o afeto do marido, temor de não ser capaz de cuidar do filho, medo da dor e de morrer no parto, medo que o marido passe a amar apenas a criança, e tantas outras, geradas pela regressão afetiva e pela insegurança, podem interferir com a sexualidade.

da gestante. A labilidade emocional pode deixá-la , às vezes alegre e outras vezes em depressão por motivos aparentemente banais, além disso, muitas se sentem particularmente vulneráveis e dependentes .

Na gestação a mulher frequentemente se deprecia como parceira sexual, principalmente pelas alterações de forma que seu corpo experimenta. Deixando de corresponder aos padrões usualmente aceitos pela sociedade de beleza e atração sexual, a grávida passa a apresentar vergonha do seu corpo. Esse sentimento, muito difundido entre as grávidas, tem profunda repercussão sobre o desempenho sexual, principalmente do segundo trimestre em diante, quando as gestantes se auto-descrevem como deformadas.

Outra causa de desentendimentos, são as “novidades” que por vezes o parceiro quer introduzir na atividade sexual, mais especificamente o coito anal; as gestantes muitas vezes não aceitam e encaram esta prática como uma agressão, mesmo aquelas que se submetem à vontade do marido.

Esses comportamentos dos parceiros um para com o outro, contribuem para o aparecimento de desentendimentos, brigas e inibições da sexualidade em graus diversos; especificamente na mulher, podemos observar desde o desinteresse, até a frigidez e a aversão pela atividade sexual. É evidente que a importância relativa de cada um desses fatores variará, na dependência de personalidade, do tipo de educação, da vivência prévia e do tipo de vínculo afetivo do casal

SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ - CONSIDERAÇÕES SOCIOCULTURAIS

Fatores socioculturais também podem interferir com a sexualidade do casal, ora baseando-se através da esfera emocional, ora baseando-se em preconceitos de fundo orgânico.

Culturalmente, o preconceito mais difundido associa a gestação a uma doença. não podendo a grávida praticar esportes, carregar peso, etc, pois é uma criatura debilitada. Outro preconceito, igualmente difundido, é de que a grávida sofre um acentuado declínio, se não uma extinção total, de seu impulso sexual.

Além disso, a mulher traz uma enorme bagagem cultural inversa, que lhe ensina abster-se do contato sexual durante a gravidez, proveniente das informações que a gestante recebe do seu meio ambiente próximo (família, vizinhos, etc.). Exemplos desses tabus, são que o sexo pode “machucar o nenê”, durante o primeiro trimestre pode provocar aborto, no terceiro trimestre pode romper a bolsa ou propiciar trabalho de parto prematuro, etc.

O medo de aborto exerce acentuado efeito sobre a expressão física das sensações sexuais e até sobre a capacidade de excitação da mulher. E se ela já perdeu um bebê numa gravidez anterior ou teve alguma hemorragia no início da atual, pode sentir-se muito apreensiva e “apegar-se” obstinadamente a essa gravidez. O resultado é que poderá encarar o sexo como ameaça direta ao bebê e sentir-se demasiado tensa para relaxar e sentir prazer com o ato sexual.

REAÇÕES MASCULINAS NA GRAVIDEZ

A paternidade, ainda que não tendo tradução biológica, é também perturbada no plano psicológico.

Como parte do seu trabalho de pesquisa sobre sexualidade humana, Masters e Johnson⁹ entrevistaram 79 maridos ao final do terceiro mês do pós-parto de suas respectivas esposas. Trinta e um dos homens referiram que se haviam afastado lentamente da atividade sexual, por volta do final do segundo trimestre, início do terceiro (20 das 31 esposas em questão, observaram a perda de interesse do parceiro). Os maridos não forneceram uma razão consistente para essa perda de interesse, à parte o medo de causar danos físicos ao feto e à esposa. Alguns descreveram os sinais evidentes da gravidez (abdome dilatado, pernas mais grossas,etc.) como algo a que faziam objeções pessoais. Dois homens observaram a diminuição da higiene pessoal das respectivas esposas, como causa da sua perda de interesse sexual. Doze homens confessaram que haviam tido relações extraconjugais, quando negada a oportunidade conjugal por proibição médica, e três desses declararam que era "pela primeira vez".

Do ponto de vista emocional, o fator mais comum a exercer influência é o temor de machucar o filho, também expresso pela mulher. O medo de que a penetração vaginal possa "machucar o nenê", provocar um aborto ou desencadear um parto prematuro é frequentemente manifestado pelos maridos, o que pode levar à diminuição da frequência de coitos. Essa preocupação pode ter efeitos bons, porque eles ficam mais ponderados, mais solícitos e diferentes do que antes se mostravam a respeito do ato sexual. Mas um homem que esteja realmente assustado

pode recusar-se até a tocar a mulher. É quase como se sentissem que o fato de serem comedidos ajuda a gravidez a caminhar bem e sem percalços, como se seu autocontrole "protegesse a gravidez".

Os futuros pais queixam-se, às vezes, de sintomas semelhantes aos da esposa grávida - náuseas, diarreia, constipação, dor nas costas. Alguns homens sentem muita inveja da gestação da esposa e ocasionalmente tentam lidar com essa inveja negando por completo o fato de que a mulher está grávida, ou, alternativamente, tentando "fundir-se" com a esposa numa tentativa de vivenciar biologicamente a gravidez.

A rejeição à gravidez, já citada como fator feminino, pode atingir também ao homem. Essa rejeição, consciente ou inconscientemente é transferida à grávida, o que prejudica o desempenho sexual por diminuição do desejo. Mead⁸, ao estudar a tribo Mundugomor, na Nova Guiné, relata uma situação parecida nessa cultura. A autora menciona que, quando ocorria a gravidez, o homem irritava-se com o fato, dirigindo ofensas à mulher, amaldiçoando-a pela pouca eficácia de sua "mágica anticoncepcional"; quanto a ela, a gravidez só lhe causava transtornos, pois era sinônimo de privação sexual, situação que a deixava a mercê da ira, do repúdio e da infidelidade do marido. Mesmo em nossa cultura, ainda eminentemente machista, o homem se sente, em grau maior ou menor, responsável, interessado e influenciado pela gravidez de sua companheira, o que pode repercutir em seu desempenho sexual.

SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ - CONSIDERAÇÕES ORGÂNICAS

Ocorrem, desde o início da gravidez, uma série de sintomas que, na ótica do pré-natalista, são destituídos de importância maior; do ponto de vista do exercício da sexualidade, entretanto, tais "pequenos" sintomas podem assumir relevância.

Náuseas e vômitos nos primeiros três meses de gravidez podem constituir-se em esmorecimento sexual. Muitas mulheres nunca experimentam isso, mas outras podem sentir-se enjoadas não só ao despertar, pela manhã, mas também no início da noite, ou ainda, durante o dia inteiro. Mesmo que a mulher se sinta bastante melhor quando vai para a cama, as náuseas constantes tornam difícil que ela se sinta erótica.

Muitas mulheres sentem-se incrivelmente sonolentas ou fatigadas, e isso está associado aos importantes ajustamentos que o corpo todo realiza no início da gestação. Ademais, tudo isso está acontecendo numa época em que ela poderá ter falado a muito poucas pessoas acerca de sua gravidez, de modo que nenhuma concessão é feita quando ela se sente sob certa pressão, no trabalho por exemplo.

A congestão mamária e a dos órgãos genitais podem levar a alterações de percepção, deixando esses órgãos frequentemente de ser zonas erógenas, e tornando o tato desagradável ou até doloroso. Uma das primeiras modificações que denunciam a gravidez ocorrem nos seios, que crescem rapidamente durante o primeiro trimestre, graças ao aumento significativo na rede vascular e glandular, tornando-os muito sensíveis. Fisiologicamente, ao final do primeiro trimestre, os seios tiveram um aumento de volume de mais ou menos 25%. O mesmo aumento (20 a

25%), ocorre em resposta à estimulação sexual, e sobrepondo esses valores, entende-se facilmente por que a mulher, principalmente a nulípara, se queixa de uma grande sensibilidade nos seios durante a excitação sexual, no início da gravidez.

Quando isso acontece, a mulher já não pode pensar em seus seios como objetos eróticos para o seu homem, e qualquer carícia deve ser feita com muita suavidade. Durante o segundo e terceiro trimestres, há, quase sempre, redução dessa queixa, pois a excitação sexual já não provoca aumento tão evidente dos seios já bastante túrgidos.

O estado de gravidez aumenta, de maneira acentuada, a vascularização das vísceras pélvicas, e por volta do início do segundo trimestre, há uma acentuação do edema da vulva e vagina, cujos tecidos ficam mais espessos, hipertrofiados e com uma maior lubrificação. Qualquer estimulação sexual aumenta ainda mais essa vasocongestão pélvica maciça. Para Vitiello e Conceição¹⁶, essa intensa congestão altera as sensações perceptivas, tornando difíceis a excitação e o orgasmo. A penetração vaginal pode chegar a ser dolorosa, principalmente se estiverem associadas varizes vulvovaginais.

Masters e Johnson⁹ e Marilene Vargas, afirmam que essa congestão mantém a mulher em constante estado de moderada excitação sexual, levando a um aumento do interesse sexual nessa fase da gestação. Os meses intermediários da gravidez, formariam um período em que as mulheres estariam mais ávidas por sexo.

Embora algumas mulheres gostem realmente de sexo "furioso", na gravidez essa forma de sexo frequentemente não funciona, e o parceiro deve mudar o modo de fazer amor, ou a parceira pode querer evitá-lo.

No terceiro trimestre, podem retornar a sonolência e as náuseas do primeiro trimestre, e os sintomas de irritabilidade e tensão pélvica tornam-se mais intensos, além de queixas de indigestão e azia que podem se constituir num problema quando a mulher se deita.

O volume abdominal crescente, obriga o casal a procurar posições alternativas para o coito, que podem não ser tão satisfatórias como as que utilizavam antes. Na última fase da gravidez, os movimentos ativos do feto, bem como a eliminação de colostro, podem inibir as manifestações de sexualidade.

Nessa fase ainda, tornam-se bem sensíveis as contrações de Braxton-Hicks, que podem assustar o casal, temerosos de desencadear um trabalho de parto prematuro.

ACONSELHAMENTO SEXUAL DURANTE A GRAVIDEZ

Da mesma forma que a gravidez é evento fisiológico, também o é o ato sexual. Deste modo, é mais do que evidente que, numa gravidez que evolui normalmente, as relações sexuais sejam inofensivas. Não há porque proibi-las em qualquer altura do trimestre gestacional, respeitando-se naturalmente o início do trabalho de parto. Ao médico cabe dissipar as dúvidas de ambos os cônjuges.

Em primeiro lugar, é preciso saber se a gestação é normal ou possui algum fator de risco obstétrico. Quando a gravidez evolui fugindo dos parâmetros da normalidade, é necessário discernimento e prudência no aconselhamento, evitando proibições indiscriminadas e incabíveis. E, se não há contra-indicações médicas ao coito em uma gravidez normal, isto não quer dizer que o par não seja esclarecido de que devem ser tomados alguns cuidados.

Os perigos potenciais do coito durante a gravidez envolvem três áreas principais: fatores mecânicos, infecções e contrações uterinas.

Quanto aos fatores mecânicos, muitos casais afirmam que seu principal temor está ligado aos possíveis danos causados pelo pênis durante a penetração coital. Os possíveis efeitos deletérios incluem ruptura de membranas, amnionite ou sangramento placentário, porém, o levantamento da literatura não comprova a ocorrência de nenhum desses riscos potenciais. O feto fica muito bem protegido no interior da bolsa amniótica e não sofre as pressões externas do ato sexual. Por outro lado, qualquer sangramento substancial constitui uma contra-indicação clara ao ato sexual, especialmente se a paciente tem história pregressa de

abortamento, pois pode se tratar de placenta prévia ou descolamento de placenta.

É importante esclarecer que na ameaça de aborto a proibição não deve se estender por tempo indeterminado. Ricardo Cavalcanti³, concordando com Barros, afirma que a proibição não deva se estender para além de duas semanas após terem cessado as dores e/ou as perdas sanguíneas.

Na mulher que tem incompetência istmo-cervical, ruptura de membranas, ou colo dilatado no final da gestação, o pênis pode facilitar a migração de bactérias várias para os órgãos genitais superiores durante o coito, devendo este ser evitado. Na gestação que evolui normalmente, não há necessidade de evitar o coito na última parte do terceiro trimestre, uma vez que o tratamento com antibióticos poderá resolver qualquer infecção que venha a ser contraída.

Não existem informações seguras e conclusivas correlacionando o coito com orgasmo ao trabalho de parto prematuro, visto que o orgasmo pode produzir contrações uterinas. Masters e Johnson⁹ citaram quatro mulheres, não participantes do seu trabalho de pesquisa, que acusaram início do trabalho de parto imediatamente após uma experiência orgásmica. Parece razoável sugerir limitações na atividade sexual que leve ao orgasmo, em mulheres com história prévia de abortamento habitual ou de parto prematuro, durante a época em que ocorreram as perdas dos conceptos.

Pode-se orientar o casal, que certos ajustamentos nas posições do coito se farão necessários, à medida que progredir a gestação. Existem duas posições que trazem maior conforto ao casal. A primeira é a lateral, com a mulher de costas para o homem, que faz a

penetração vaginal por trás. A segunda é a posição em que a mulher fica deitada de costas, joelhos dobrados, enquanto o homem, de lado, coloca-se por baixo das pernas da companheira, introduzindo o pênis na vagina em posição lateral que forma ângulo reto em relação à pelve.

Estas posições têm a vantagem de não exercer pressão sobre o abdome da gestante. Talvez uma frase sirva para orientar os casais: “tenham muito amor, mas pouco entusiasmo”.

É conveniente advertir os casais quanto a certas práticas sexuais particularmente perigosas para a gestante, como o *cunilingus*, quando alguns homens sopram ar no interior da vagina. Algumas mortes já foram relatadas em consequência desta prática, por embolia aérea, sendo que o ar havia penetrado no Sistema vascular materno através do canal endocervical dilatado.

Deve-se informar aos casais, que, por diversas razões, muitos experimentam diminuição da frequência sexual durante a gravidez, mas mesmo que um dos parceiros não deseje a relação, as carícias não precisam sofrer restrições.

MATERIAL E MÉTODOS

A presente investigação foi baseada num estudo transversal, exploratório, individual e sem controle. Foi avaliada uma amostra de 50 mulheres, no puerpério imediato, internadas nas enfermarias da maternidade do Hospital Regional Dr. Homero de Miranda Gomes, da cidade de São José e da Maternidade Carmela Dutra, da cidade de Florianópolis, no período de fevereiro a abril de 1995.

A amostra foi escolhida por conveniência, sendo que foram excluídas mulheres com história de gravidez de risco, distúrbio da libido antes da gravidez e mulheres com relacionamentos instáveis.

A cada puérpera foi aplicada uma entrevista individual, semidirigida, por meio de um questionário, com perguntas contendo variáveis psico-sócio-epidemiológicas como idade, estado civil, escolaridade, paridade, intercorrências durante a gestação atual e anteriores, idade de início da primeira relação sexual, método de contracepção anterior, planejamento e aceitação da gravidez, relação emocional com o parceiro; conduta sexual antes e durante a gestação em cada trimestre, medida pelo desejo sexual, frequência coital e satisfação sexual; desejo sexual do parceiro antes e durante a gestação, causas da diminuição da libido durante a gestação, orientação sexual médica e, por fim, mitos e tabus em relação à sexualidade durante a gestação.

Desejo sexual foi definido como desejo de manter relação sexual e satisfação sexual definida como atingir o orgasmo durante a relação sexual.

A seguir, o modelo do protocolo utilizado nas entrevistas.

SEXUALIDADE NA GESTAÇÃO

1- IDENTIFICAÇÃO

nome: _____ idade: _____
estado civil: ☐ solteira ☐ casada ☐ outros _____
profissão: ela _____ ele: _____
escolaridade: ela: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau
ele: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

2- PARIDADE:

gesta: _____ para: _____
intercorrências durante a gestação atual e anteriores: _____

3- ATIVIDADE SEXUAL:

- a) início da atividade sexual: _____
b) contracepção anterior: ☐ tabelinha ☐ coito interrompido ☐ ACO
☐ condom ☐ diafragma ☐ DIU
c) gravidez planejada: ☐ sim ☐ não
d) gravidez desejada: ☐ sim ☐ não ☐ indiferente
e) relação emocional com o parceiro: ☐ ruim ☐ boa
f) tabela (usar: ↑, = ou ↓, se aumentou, ficou igual ou diminuiu) :

	1º trim	2º trim	3º trim	antes da gestação
desejo sexual:				<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
frequência coital:				nº de relações/ sem
orgasmo:				<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> algumas vezes <input type="checkbox"/> sempre
desejo sexual do parceiro:				<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não

5- CAUSAS DA DIMINUIÇÃO DA LIBIDO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> náuseas e vômitos | <input type="checkbox"/> aumento do volume abdominal |
| <input type="checkbox"/> fadiga | <input type="checkbox"/> contrações |
| <input type="checkbox"/> dor ao coito | <input type="checkbox"/> movimentos fetais |
| <input type="checkbox"/> dor ao toque mamário | <input type="checkbox"/> colostro |
| <input type="checkbox"/> alteração forma do corpo | <input type="checkbox"/> outras |

- 6- TABUS: a) A gestação interfere na sexualidade?
b) A relação sexual interfere na evolução da gestação?

7- RECEBEU ORIENTAÇÃO SEXUAL MÉDICA? ☐ não ☐ sim ☐ espontânea
☐ solicitada

RESULTADOS

Os resultados. serão apresentados esquematicamente segundo as variáveis estudadas.

1) IDADE:

A figura 1 mostra a idade das mulheres entrevistadas, que oscilou entre 17 e 38 anos, com uma média de 26.47 anos. Cinquenta e dois por cento das mulheres estão compreendidas no grupo etário de 20 a 26 anos.

2) ESTADO CIVIL:

Todas as entrevistadas eram casadas, sendo que incluímos nesta condição as mulheres em união consensual.

3) ESCOLARIDADE:

Quanto à escolaridade os dados referem-se ao mais alto grau de matrícula relatada. A figura 2 mostra o nível de educação dos parceiros, onde entre as mulheres 48% cursaram apenas o nível primário, 40% o nível secundário e 12% o nível superior ,e, entre os homens 44% cursaram o nível primário, 38% o nível secundário e 18% o nível superior.

4) PARIDADE:

A figura 3 mostra o número de gestações, com uma variação de 1 a 5 ,sendo que 44% tiveram apenas 1 gestação, 30% tiveram 2 gestações e 26% tiveram 3 ou mais gestações.

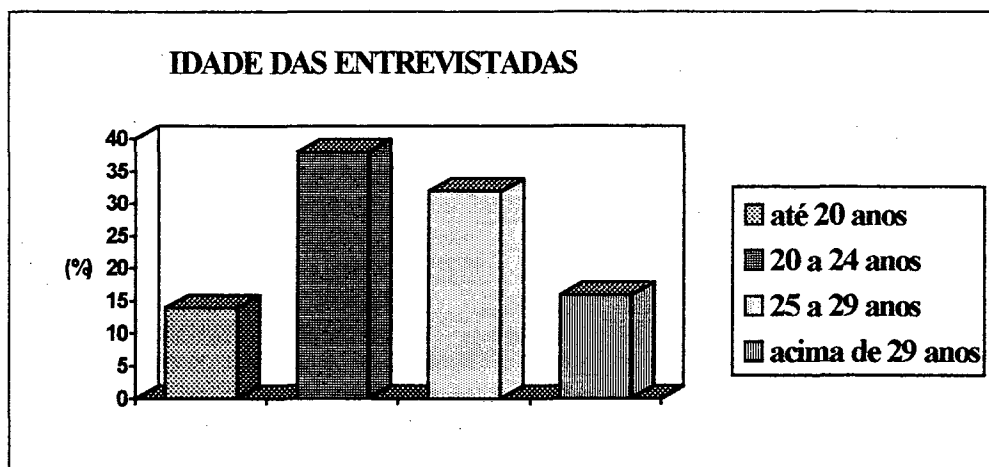


Figura 1. Idade das entrevistadas, divididas por faixa etária

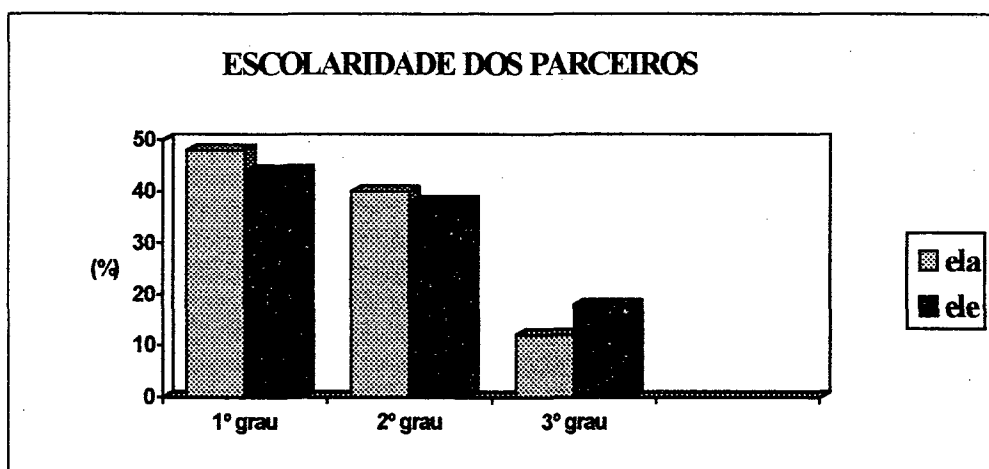


Figura 2. Nível de educação dos parceiros

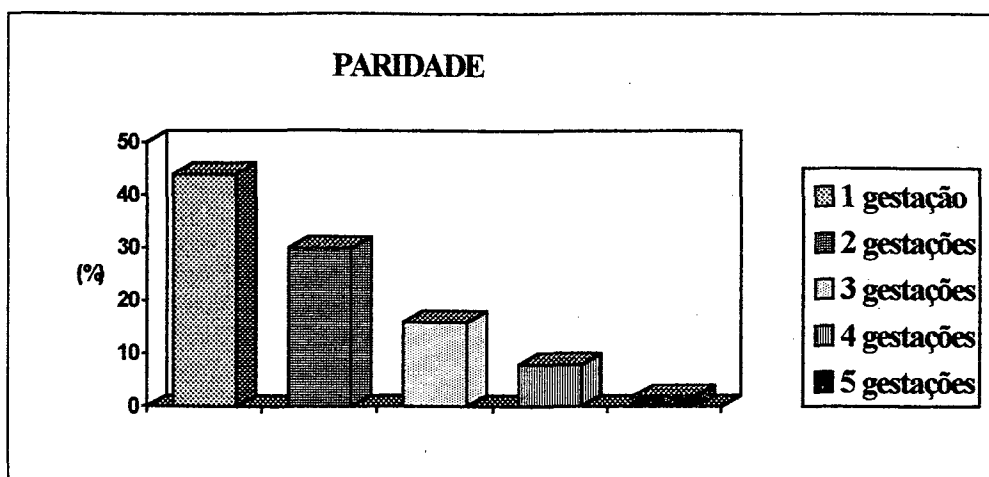


Figura 3. Número de gestações das entrevistadas.

5) INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL:

A figura 4, mostra o início da atividade sexual, definido como a idade de início da primeira relação sexual, que variou de 14 a 30 anos, com uma média de 17.86 anos(desvio padrão de 2.8). 18% das mulheres estão compreendidas no grupo de início de atividade sexual antes dos 15 anos , 72% dos 16 aos 20 anos, 8% dos 21 aos 25 anos e 2% dos 25 aos 30 anos.

6) MÉTODO CONTRACEPTIVO ANTERIOR:

O método anticonceptivo utilizado antes da gestação está representado na figura 5, na qual se observa que 54% utilizavam anticoncepcionais orais, 12% tabela de Ogino-Knaus, 8% coito interrompido, 4% coito interrompido associado a condom, 2% DIU e 20% nenhum método contraceptivo.

7) PLANEJAMENTO E ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ:

Como mostra a figura 6, quanto ao planejamento, 48% das mulheres responderam que sua gravidez foi planejada, enquanto que em 52% dos casos a gravidez não foi planejada.

Quanto à aceitação, 86% das mulheres responderam que a gravidez foi desejada, ao passo que 8% referiu que a gravidez foi indesejada, e 6% se mostraram indiferentes em relação a este aspecto.

8) RELAÇÃO EMOCIONAL COM O PARCEIRO:

Noventa e seis por cento das mulheres qualificaram a relação emocional com seus parceiros como sendo boa e 4% como sendo ruim emocionalmente, porém estável sexualmente.

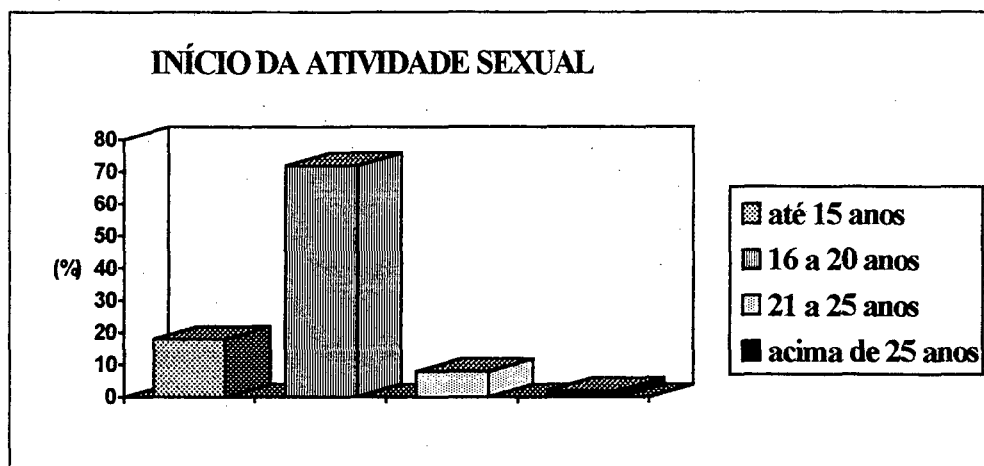


Figura 4. Idade de início da atividade sexual (primeira relação sexual)

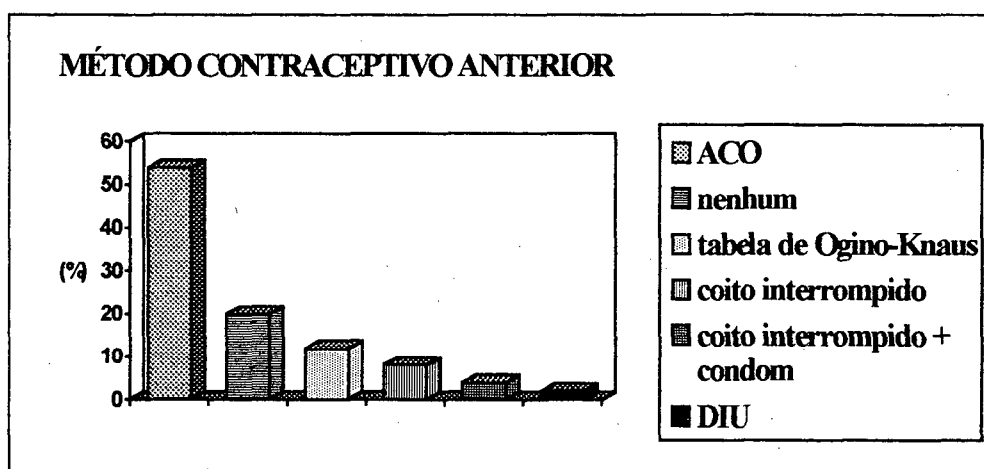


Figura 5. Método contraceptivo usado antes da gravidez

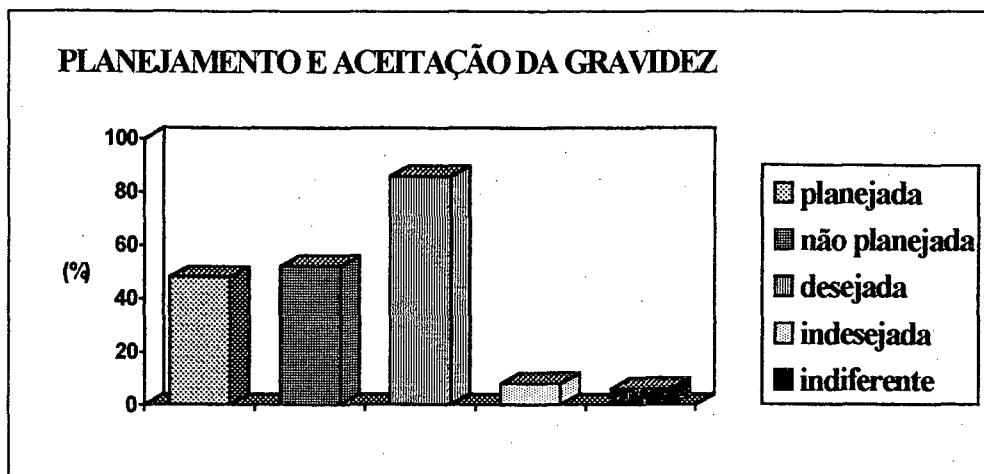


Figura 6. Planejamento e aceitação da gravidez pela mulher

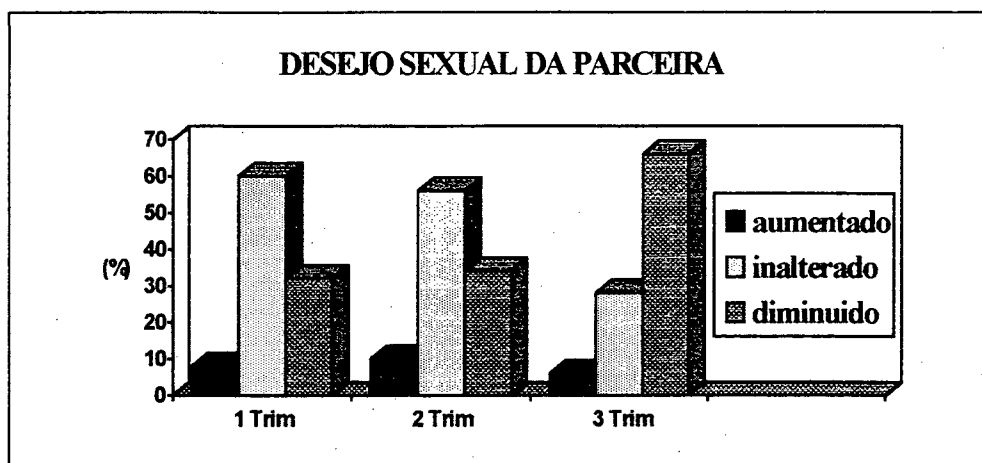


Figura 7. Alterações no desejo sexual da parceira durante a gravidez, em relação ao estado pré-gravídico

9) DESEJO SEXUAL DA PARCEIRA:

Com respeito à conduta sexual antes da gravidez, 100% das entrevistadas referiram sentir desejo sexual, definido como desejo de manter relação sexual, e qualificaram sua vida sexual como boa. 24% das mulheres manifestaram ter permanecido sem alteração alguma seu interesse sexual durante toda a gravidez, 12% referiram um aumento da libido em algum trimestre e 72% referiram uma diminuição da libido em alguma época da gravidez.

Como podemos ver na figura 7, no primeiro trimestre da gravidez 8% das mulheres referiram um aumento da libido, 60% referiram permanecer inalterada e 32% referiram uma diminuição na libido quando comparado ao desejo sexual antes da gravidez. Com respeito ao segundo trimestre, 10% disseram ter havido um aumento na libido, 56% disseram que não houve alteração e 34% disseram que houve uma diminuição do desejo sexual, quando comparado a antes da gravidez. Em relação ao terceiro trimestre, 6% das mulheres referiram aumento da libido, 28% não referiram mudanças e 66% disseram que houve uma diminuição da libido, quando comparado com o desejo sexual antes da gravidez.

10) FREQUÊNCIA COITAL:

Com respeito à atividade sexual antes da gravidez, 10% das mulheres referiram ter pelo menos uma relação sexual por semana, 58% das mulheres disseram ter relações sexuais pelo menos 2 a 3 vezes por semana, enquanto 32% expressaram tê-las 4 ou mais vezes por semana (figura 8A).

Quando comparamos ao estado não grávidico, no primeiro trimestre de gravidez 6% das entrevistadas referiram um aumento na frequência coital, 58% disseram ter permanecido inalterada a frequência de relações e 36% referiram uma diminuição na frequência de relações. Durante o segundo trimestre 10% das mulheres referiram aumento na frequência coital, 44% referiram que a frequência não alterou e 46% disseram que a frequência de relações diminuiu. Finalmente, durante o terceiro trimestre, 4% das mulheres referiram aumento, 12% não referiram alterações e 84% disseram que diminuiu a frequência de relações sexuais (figura 8B).

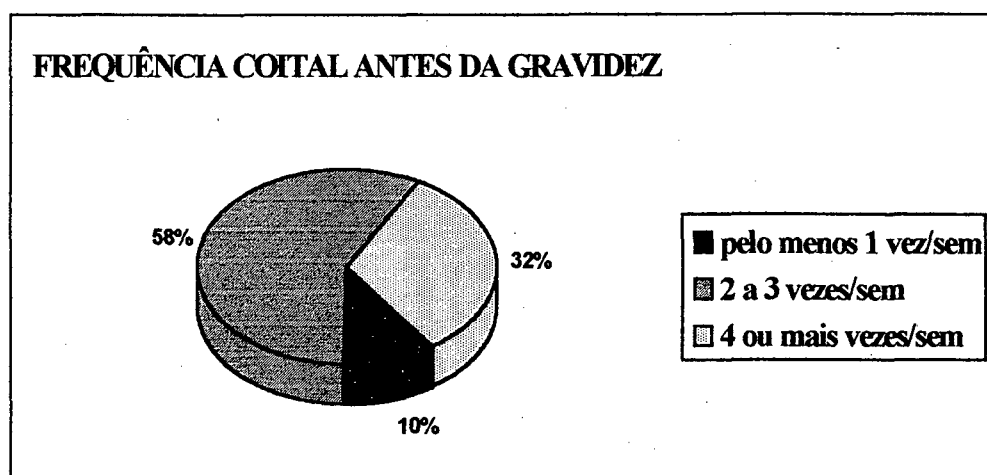


Figura 8A. Frequência de relações sexuais antes da gravidez

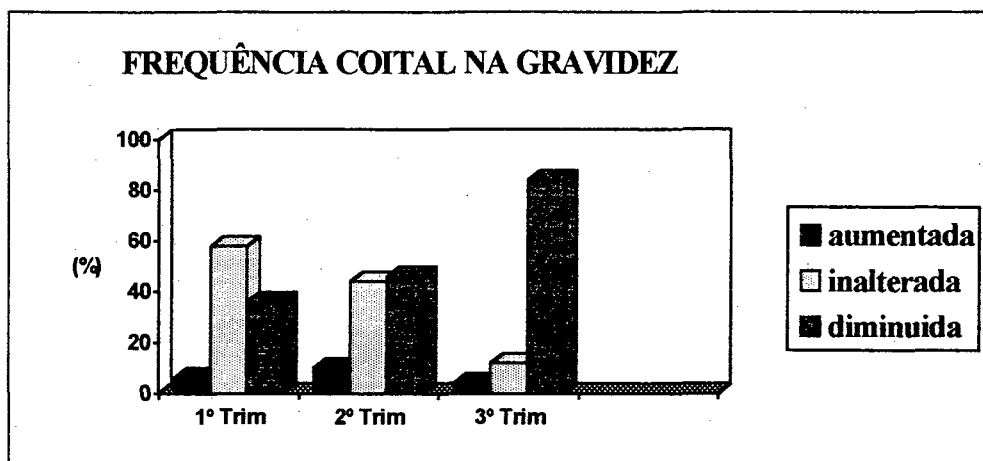


Figura 8B. Alterações da frequência coital do casal durante a gravidez, em relação ao estado pré-gravídico

11) SATISFAÇÃO SEXUAL:

A satisfação sexual foi definida como atingir o orgasmo durante a relação sexual. Como se pode ver na figura 9A, em relação à satisfação sexual da mulher antes da gravidez, 6% das entrevistadas nunca atingiram o orgasmo, 32% das mulheres atingiam em algumas relações sexuais e 62% atingiam o orgasmo frequentemente em todas as relações sexuais.

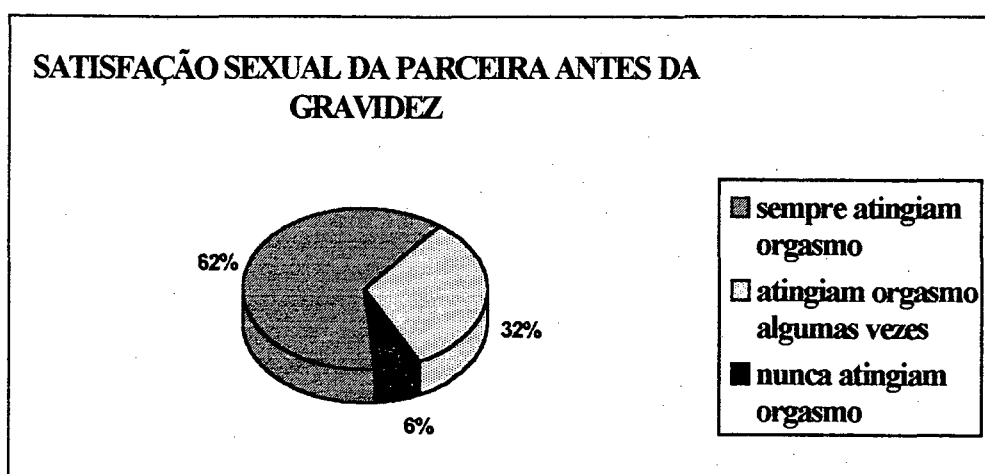


Figura 9A. Satisfação sexual da mulher (presença de orgasmo) antes da gravidez

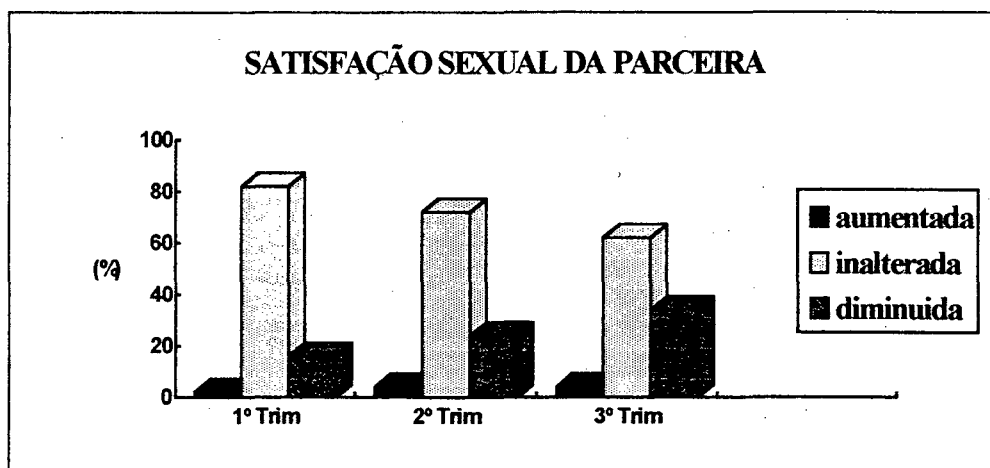


Figura 9B. Alterações na satisfação sexual (presença de orgasmo) da parceira durante a gravidez, em relação ao estado pré-gravídico

Durante o primeiro trimestre, 1 mulher referiu aumento na satisfação sexual, refletido em um maior número de relações sexuais em que ela atingia o orgasmo, 41 mulheres (82%) não referiram mudanças na satisfação sexual e 8 mulheres referiram diminuída sua satisfação em relação a antes da gravidez. No segundo trimestre 2 mulheres referiram aumento, 36 (72%) não referiram alterações e 12 (24%) disseram ter diminuído o seu prazer sexual. No terceiro trimestre 2 mulheres referiram aumento da satisfação, sendo que uma delas experimentou pela primeira vez em sua vida o orgasmo vaginal; 31 mulheres (62%) não referiram mudanças e 17 (34%) referiram diminuição do prazer sexual refletido em um menor número de relações em que atingiam orgasmo, quando comparado com antes da gravidez (figura 9B).

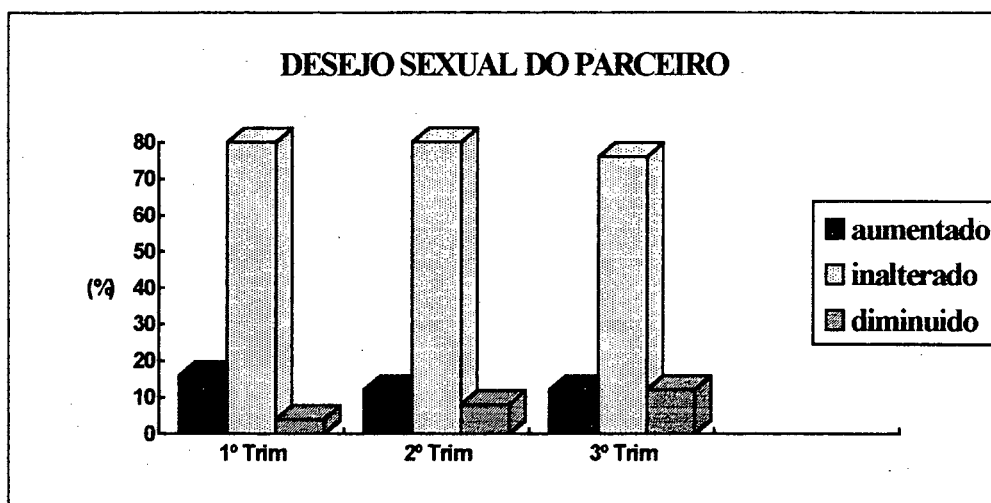


Figura 10. Desejo sexual do parceiro durante a gravidez, referido pela parceira

12) DESEJO SEXUAL DO PARCEIRO:

Segundo as entrevistadas, 100% dos seus parceiros possuíam desejo sexual em relação à elas antes da gravidez.

Quando comparamos com o estágio não grávidico, no primeiro trimestre 16% das mulheres referiram aumento da libido do seu parceiro, 80% não notaram mudanças e 4% referiram diminuição do desejo sexual do parceiro. No segundo trimestre, 12% das mulheres disseram ter aumentado, 80% não referiram alterações e 8% disseram ter diminuído a libido do seu parceiro. Finalmente, no terceiro trimestre 12% referiram aumento, 76% inalteração e 12% diminuição do desejo sexual do parceiro (figura 10).

13) CAUSAS DA DIMINUIÇÃO DA LIBIDO NA MULHER:

Como fatores causadores da diminuição do seu desejo sexual (figura 11), as entrevistadas relataram a dor durante o coito em 28% dos casos, o aumento do volume abdominal em 26%, as náuseas e os vômitos frequentes em 20%, a alteração da forma do corpo fazendo com que elas deixassem de se sentir atrativas sexualmente em 14%, a fadiga aumentada

em 4%, as contrações uterinas em 4%, os movimentos fetais também em 4% e a dor ao toque dos seios em 2% dos casos. 16% das mulheres não conseguiram apontar nenhuma causa consistente para a diminuição do seu desejo sexual, apenas disseram ter perdido o interesse em sexo sem saber o porquê.

14) ORIENTAÇÃO SEXUAL MÉDICA:

Quando perguntadas se receberam orientação médica em relação à sexualidade durante o pré-natal, 2 mulheres responderam ter recebido orientação espontaneamente por parte do médico, 13 mulheres disseram ter recebido orientação após questionarem o assunto e 34(68%) não receberam orientação sexual (figura 12).

15) TABUS E MITOS SOBRE SEXUALIDADE NA GRAVIDEZ:

Quando perguntadas se a gestação influencia na sexualidade do casal e se a relação sexual pode interferir de alguma maneira na evolução de uma gravidez, 16 mulheres disseram ter medo de que a relação sexual prejudicasse, ferisse o feto, 14 mulheres disseram que seus parceiros tinham medo de ferir o feto durante a relação, uma mulher disse ter receio que a relação sexual a levasse a entrar em trabalho de parto prematuro e uma outra que a levasse ao abortamento; uma mulher ainda disse que gestações com fetos masculinos diminui a libido da gestante, fazendo-a "enjoar" do parceiro, acreditando ter sido este o motivo pelo qual ela "enjoou" do seu marido.

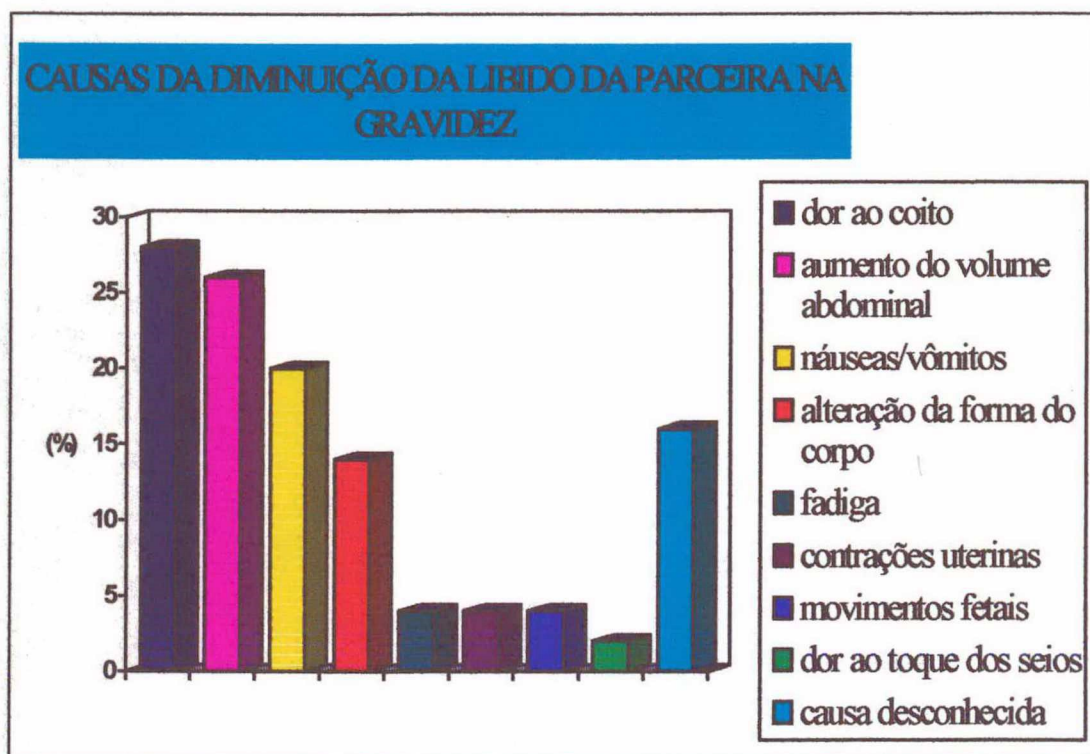


Figura 11. Causas da diminuição do desejo sexual nas parceiras durante a gestação

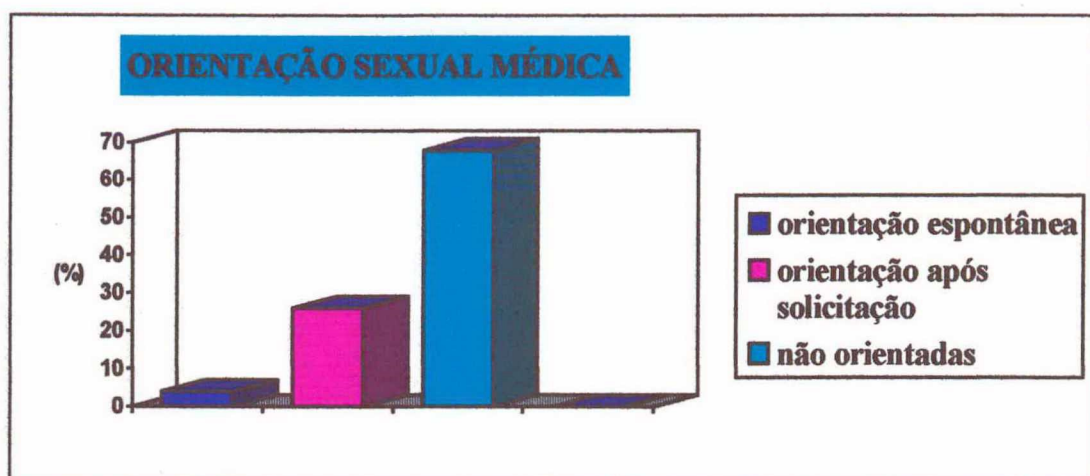


Figura 12. Orientação sexual médica às entrevistadas durante o pré-natal

DISCUSSÃO

No nosso estudo, constatamos importantes modificações no erotismo da mulher grávida.

Nossos achados corroboram, nas diferentes variáveis analisadas, os resultados obtidos por outros autores que indicam alterações da conduta sexual na gravidez, como Solberg, Falicov, Vitiello, Cerqueira e Silva, Medvestzky, Fernández, Bogren e Barclay .

Contudo, só devem generalizar-se à população de estudo com as características já expostas na seção de material e métodos, ou seja, mulheres sem história de gravidez de risco, sem distúrbios da libido antes da gravidez e mulheres com relacionamentos estáveis com os seus parceiros. As mulheres com gravidez de risco anterior ou atual foram excluídas, pois este é um grande fator para a inibição da sexualidade, devido a fatores orgânicos mesmo, como risco de abortamento ou parto prematuro, e agravamento destes com a relação sexual. Mas, principalmente, pelo medo do casal de que a atividade sexual interfira na evolução da gravidez.

Na nossa análise, as puérperas estudadas não mostraram nenhuma variação no desejo sexual, permanecendo igual no primeiro e segundo trimestres, em 60% e 56% dos casos respectivamente, embora, tenha havido uma diminuição do desejo sexual significativamente ($p < 0,05$) no terceiro trimestre, em relação aos dois anteriores e ao estado não gravídico anterior, em 66% das entrevistadas.

Quanto à frequência coital os resultados foram compatíveis com as alterações do desejo sexual, sendo que durante o primeiro trimestre, não houve diferença na atividade sexual, em relação a antes da

gravidez, em 58% dos casos, e, no segundo trimestre, não houve diferença estatística em relação ao anterior, embora no terceiro trimestre tenha havido uma diminuição significativa ($p < 0,05$) da frequência de coitos em 84% dos casos, em relação aos trimestres anteriores.

A satisfação sexual, refletida no orgasmo, não sofreu alterações significativas, permanecendo inalterada para a maior parte das mulheres, em 82%, 72% e 62%, no 1º, 2º e 3º trimestres respectivamente, observando-se que a medida que se processa a gravidez a presença de orgasmo vai diminuindo gradualmente.

Genericamente, as causas alegadas para a diminuição da libido pelas mulheres foram em primeiro lugar a dor durante o coito, seguida pelo aumento do volume abdominal, presença de gestoses como náuseas e vômitos, alteração da imagem corporal, diminuindo a sensação de atratividade sexual da mulher, a fadiga, as contrações uterinas e os movimentos fetais, e a dor ao toque mamário.

Os resultados obtidos, em relação ao desejo, frequência e satisfação sexual, não tiveram diferenças estatísticas significativas quanto à idade das entrevistadas, grau de escolaridade, paridade, método contraceptivo usado anteriormente, idade de início da atividade sexual e presença de orientação sexual médica.

Quanto à aceitação da gravidez, note que não estamos falando em planejamento e sim em aceitação, devido ao pequeno número de gestações indesejadas (4), não podemos considerar se este aspecto interferiu na mudança da vida sexual durante a gravidez. O mesmo se aplica aos achados sobre a relação emocional com o parceiro, já que apenas duas mulheres caracterizaram seu relacionamento como ruim emocionalmente, porém estável sexualmente.

A presença de tabus em relação à sexualidade na gestação, foi encontrada na maioria das mulheres (66%), dos quais podemos mencionar o medo de que a relação sexual levasse a dano ao conceito (32%), a início de trabalho de parto prematuro e de abortamento, e, em um caso específico, a entrevistada acreditava que a causa da diminuição do seu desejo sexual pelo marido, era que o conceito era masculino. Acreditamos que nos casais de faixa social mais alta a situação difere um pouco, apesar da bagagem cultural distorcida ainda estar presente, porém, pelo pouco número de casais de faixa social mais alta participantes da pesquisa, esta afirmação não é conclusiva.

Concluimos que, em 76% dos casos, não houve alteração no desejo sexual do parceiro pela gestante, referido por ela, durante toda a gravidez, mostrando que os homens não são tão abalados emocionalmente pela gravidez quanto a mulher. Apenas 26% dos parceiros acreditavam que podiam prejudicar o bom andamento da gravidez, ferindo o feto com a relação sexual.

Podemos observar que, estatisticamente, não houveram diferenças no desejo sexual do homem e da mulher durante o primeiro e segundo trimestres, porém houve uma diferença significativa ($p < 0,05$) no terceiro trimestre, onde a libido da mulher diminuiu e a do homem permaneceu inalterada. Talvez isso se deva ao fato, de que grande parte das mulheres se sentia incomodada com o aumento do volume abdominal no final da gravidez, interferindo no seu apetite sexual; além disso, a maioria das mulheres acreditava que a relação sexual pudesse interferir na evolução da gravidez, e diminuíram a atividade sexual, principalmente no terceiro trimestre.

CONCLUSÕES

Tivemos a oportunidade de constatar que uma série de fatores influenciam nas sensações sexuais do casal durante a gestação, muito mais intensamente na mulher, que sofre uma “revolução” na sua estrutura emocional e orgânica. Embora a gestação promova alterações orgânicas e emocionais capazes de ocasionar diferenças na resposta sexual, tais diferenças não necessitam obrigatoriamente se constituir em disfunções.

Concluimos que durante o primeiro e segundo trimestres de gravidez, não existem alterações significativas no desejo e frequência sexual da mulher, que diminui consideravelmente na última parte da gravidez. De um modo geral, a satisfação sexual não sofreu alterações, com uma tendência para a dificuldade orgástica com o evoluir da gestação.

As razões para o decréscimo da libido na mulher são as mais variadas possíveis. Além disso, a grande maioria das gestantes, ao contrário dos homens, acredita que a relação sexual interfere com a evolução da gravidez.

Como o desejo sexual da mulher é importante para a satisfação sexual de ambos os parceiros, e é a mulher que sofre mais alterações nas sensações sexuais, a consulta pré-natal é uma ótima oportunidade para orientar a mulher quanto ao exercício da sexualidade, afastando temores infundados, destruindo mitos e preconceitos, e, principalmente oferecendo a gestante oportunidade de receber esclarecimentos.

É importante esclarecer que se o médico aconselhar a continência sexual, o deve fazer explicando a razão da proibição, não somente à gestante, mas se possível também ao seu par, que muitas vezes fica na ignorância, sujeito às próprias dúvidas e incompreensões. Ao excluí-lo do processo do aconselhamento, o médico pode dar inconscientemente ao homem uma desculpa e um incentivo ao estabelecimento de relações extraconjugais.

Acreditamos que, em grau maior ou menor, fatores psicológicos, sócio culturais e orgânicos estão presentes na mulher durante a gravidez. Podemos portanto considerar que um certo nível de ansiedade quanto à sexualidade é normal neste período, sendo que uma informação médica não seria a solução de todos os problemas, na medida em que ela não poderia dar conta das realidades individuais. Contudo, a mulher que se sente confiante a respeito de sua sexualidade e que normalmente gosta dela, tem maior probabilidade de enfrentar tudo isso com maior disposição.

Um relacionamento sexual amoroso pode realmente contribuir para o bem-estar de uma gravidez, não só porque a mulher sabe se tratar com carinho, mas porque as tensões ordinárias da vida são temporariamente dissolvidas sempre que ela se volta para o homem que ama.

Na concepção tem início todo um processo, que se tem lugar no organismo materno, nem por isso deixa de ser uma conspiração a dois, silenciosa e sublime, no extraordinário mistério da criação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 BARCLAY L.M.; MC DONALD P.; O'LOUGHLIN J.A.
Sexuality and pregnancy. An interview study. Aust N Z J
Obstet Gynaecol; 34(1): 1-7, 1994 Feb.
- 2 BOGREN, Lennart Y. Changes in sexuality in women and men
during pregnancy. Archives Sexual Behavior; 20(1): 35-45,
1991 Feb.
- 3 CAVALCANTI, Ricardo C. Relações sexuais na gravidez.
Femina; 16(7): 622-628, Maio, 1988.
- 4 BATISTA, Fernando Fernandez; PEREZ, Manuel; RAMOS, Maria
Espinal. Conducta Sexual en una Población de Embarazadas
Revista Médica Dominicana; 49(2): 37-42, Abril/Junio, 1988.
- 5 HOLDEN, G.W.; NELSON, P.B.; VELASQUEZ, j.; RITCHIE,
K.L. Cognitive, psychosocial, and reported sexual behavior
differences between pregnant and nonpregnant adolescents
Adolescence; 28(111):557-72, 1993 Fall.
- 6 LEFRANC-RICQUE, M.H.; LEFRANC,G.; SCHIMITT,L.;
MORON, P. A propos de l'information sur la sexualité pendant
la grossesse et le post-partum. Annales Médico Psychologiques
(Paris), 149(3): 218-20, 1991 Mar.
- 7 LOPES, Gerson. Sexualidade Humana. 2ª ed, Rio de Janeiro,
Ed Medsi, 1993.
- 8 LUIZ, Margarita Antonia Villar. Considerações sobre o
relacionamento conjugal da mulher grávida. Revista da Escola de
Enfermagem da USP;20(2): 125-42, Agosto, 1986.

- 9 MASTERS, William H; JOHNSON, Virginia E. A Resposta Sexual Humana. São Paulo, Ed Rocca, 1984.
- 10 MUNJACK, D.J.; OZIEL, L.J. Sexologia- Diagnóstico e Tratamento. Ed Atheneu, 1984.
- 11 O'CAMPO, P.; FALDEN, R.R.; GIELEN, A.C.; KASS,N.; ANDERSON, J. Contraceptive and sexual practices among single women with an unplanned pregnancy: partner influences. Fam Plann Perspect; 25(5): 215-9, 1993 Sept-Oct.
- 12 TOVAR, Francisco Jesus Puente; AYALA,Guillermo Flores. Sexualidad durante el embarazo. Ginecologia Y Obstetricia de México; 55: 69-73, Março, 1987.
- 13 READ, J.S.; KLEBANOFF, M.A. Sexual intercourse during pregnancy and preterm delivery: effects fo vaginal microorganisms. The Vaginal Infections and Prematurity Study Group. Am J Obstet Gynecol; 168(2): 514-19, 1993 Feb.
- 14 ROBINSON, R.B.; FRANK, D.I. The relation between self-esteem, sexual activity, and pregnancy. Adolescence; 29(113): 27-35, 1994 Spring.
- 15 VARGAS, Marilene Cristina. Manual do Orgasmo - Sexo e Prazer para Dois. 6ª ed, Rio de Janeiro, Ed Civilização Brasileira, 1993.
- 16 VITIELLO, Nelson; CONCEIÇÃO, Ismeri Seixas Cheque. Disfunções Sexuais na Gestação. Femina; 16(5): 412-16, passim, Maio, 1988.

TCC
UFSC
TO
0033

N.Cham. TCC UFSC TO 0033

Autor: Claro, Grace Seraf

Título: Sexualidade da mulher durante a



972814308

Ac. 254179

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM